

# 参加申込書

**地域生活支援の担い手 障害者相談員**  
 ~ その役割と取組みを考える ~

|                                  |                                 |                                |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 希望会場<br>(希望する会場に印をつけてください)       | 東京会場(10月5日・木)                   | 大阪会場(10月23日・月)                 |
| (ふりがな)<br>ご氏名                    |                                 |                                |
| ご所属                              |                                 |                                |
| ご連絡先<br>(所属先・自宅)<br>印をお付ください。    | 〒 -                             |                                |
|                                  | TEL                             | FAX                            |
| 介助者                              | <input type="checkbox"/> 同行する   | <input type="checkbox"/> 同行しない |
| 必要な項目に印をしてください。                  |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> 車いすスペース | <input type="checkbox"/> 要約筆記   | <input type="checkbox"/> 手話通訳  |
| <input type="checkbox"/> 磁気ループ   | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                |

参加申込書に記載された内容(個人情報)は、本研修会に関する目的にのみ利用するものです。

日身連事務局あて FAX 03 - 3565 - 3349